Institut
für Systemische Familientherapie,
Supervision & Organisationsentwicklung

Einverständniserklärung

Sehr geehrte Eltern/Sorgeberechtigte,

für die Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung ist gemäß den rechtlichen Vorgaben die schriftliche Zustimmung aller sorgeberechtigten Personen erforderlich. Bitte schicken Sie uns die vorliegende Einverständniserklärung vor dem Erstgespräch per Mail/per Post zu.

Ich bin/wir sind als Sorgeberechtige/r (inkl. der Gesundheitsfürsorge) damit einverstanden, dass mein/unser Kind/Mündel:

Vor-und Nachname:
Geburtsdatum:
Adresse:

zur psychotherapeutischen Behandlung in der ifs Institutsambulanz für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vorgestellt wird.

Unterschrift aller Sorgeberechtigten:

Ort, Datum:	Name, Vorname 1. Sorgeberechtigte/r	Unterschrift
Ort, Datum:	Name, Vorname 2. Sorgeberechtigte/r	Unterschrift

Ich habe das alleinige Sorgerecht (inkl. der Gesundheitsfürsorge. Bitte Nachweis beilegen):

Ort, Datum:	Name, Vorname Alleinsorgeberechtigter	Unterschrift